

# Instituto Kennedy Krieger (KKI)

## Solicitud del programa de asistencia para el pago de gastos médicos

### Información sobre la solicitud

El Instituto Kennedy Krieger ofrece un programa de asistencia para los pacientes y las familias que, por sus ingresos o situación económica, no tienen los medios necesarios para pagar por servicios médicos que se consideran indispensables. Los pacientes adultos y menores que vivan fuera de Estados Unidos no podrán solicitar la asistencia. El programa de asistencia se ofrece a todos los pacientes, independientemente de su situación migratoria.

**Los requisitos que debe reunir el solicitante para acogerse al programa son:**

Para recibir el subsidio por insolventia MEDICAL INDIGENCY	Para recibir el subsidio por ingresos reducidos CATASTROPHIC ASSISTANCE
<input type="checkbox"/> Que sea beneficiario de un programa de asistencia social, como WIC, SNAP, etc.	<input type="checkbox"/> Que el ingreso personal o familiar sea superior al 400 % del índice nacional de pobreza.
<input type="checkbox"/> Que le hayan denegado el Medicaid, el Medicare, el MCHP u otras prestaciones públicas asistenciales.	<input type="checkbox"/> Que los gastos médicos superen el ingreso personal o familiar en más del 60 %.
<input type="checkbox"/> O	
<input type="checkbox"/> Que el ingreso familiar sea inferior al 400 % del índice nacional de pobreza.	
<input type="checkbox"/> Que le hayan denegado el Medicaid, el Medicare, el MCHP u otras prestaciones públicas asistenciales.	

**Pasos para diligenciar la solicitud:**

1. Llene la solicitud aquí incluida.
  - a. Anexe los documentos que se indican en la lista de verificación.
2. Envíe por correo postal la solicitud, los documentos necesarios y la lista de verificación, o entregue todo en el:  
Departamento de Contaduría  
1741 Ashland Ave., 6.º piso  
Baltimore, MD 21205
3. El personal estudiará la solicitud y le enviará uno de los siguientes documentos:
  - a. Si reúne los requisitos para acogerse al programa, se le enviará una carta en la que se le indicará el descuento otorgado.
  - b. Si no reúne los requisitos para acogerse al programa, se le enviará una notificación en la que se le indicará que se le ha denegado la asistencia.
  - c. Si envía una solicitud incompleta, se le enviará una carta en la que se le indicará la información o los documentos que faltan. Usted debe enviar o presentar dicha información en un plazo máximo de 30 días, a partir de la fecha de la carta.
4. Si necesita ayuda para diligenciar la solicitud, llámenos al 443-923-1870.

# Instituto Kennedy Krieger (KKI)

## Solicitud del programa de asistencia para el pago de gastos médicos

### Lista de verificación

*Marque cada punto conforme lo vaya terminando.*

#### Solicitud

- Llenar y firmar la solicitud.

#### Documentos necesarios para solicitar el subsidio por insolvencia (*medical indigency*, en inglés)

- Comprobante de participación en uno de los programas de asistencia social (WIC, SNAP, etc.), si procede.
- Copia de la carta de denegación de Medicaid o del seguro social, si el ingreso personal o familiar es inferior al 200 % del índice nacional de pobreza (consulte la tabla a continuación).
- Copia de las tarjetas del seguro médico.

○

- Copia de la declaración de renta del año anterior; si el paciente está casado, pero hace la declaración de manera independiente, se deben presentar las declaraciones de ambos cónyuges.
- Copia de los tres (3) últimos pagos del sueldo, una carta del empleador o la constancia del subsidio de desempleo (*unemployment*).
- Copia de la carta o comprobante en que se indique la prestación asistencial otorgada por el seguro social, si procede.
- Copia de la carta de denegación de Medicaid o del seguro social, si el ingreso personal o familiar es inferior al 200 % del índice nacional de pobreza (consulte la tabla a continuación).
- Copia de las tarjetas del seguro médico.

#### Documentos necesarios para solicitar el subsidio por ingresos reducidos (*catastrophic assistance*, en inglés)

- Copia de la declaración de renta del año anterior; si el paciente está casado, pero hace la declaración de manera independiente, se deben presentar las declaraciones de ambos cónyuges.
- Copia de los tres (3) últimos pagos del sueldo, una carta del empleador o la constancia del subsidio de desempleo (*unemployment*).
- Copia de la carta o comprobante en que se indique la prestación asistencial otorgada por el seguro social, si procede.
- Copia de las tarjetas del seguro médico.
- Copia de las facturas por servicios médicos prestados fuera del Instituto Kennedy Krieger.

Número de familiares*	Descuentos del subsidio por insolvencia según el ingreso personal o familiar				
1	\$0 - \$25,520	\$25,521-\$31,900	\$31,901-\$38,280	\$38,281-\$44,660	\$44,661-\$51,040
2	\$0 - \$34,480	\$34,481-\$43,100	\$43,101-\$51,720	\$51,721-\$60,340	\$60,341-\$68,960
3	\$0 - \$43,440	\$43,441-\$54,300	\$54,301-\$65,160	\$65,161-\$76,020	\$76,021-\$86,880
4	\$0 - \$52,400	\$52,401-\$65,500	\$65,501-\$78,600	\$78,601-\$91,700	\$91,701-\$104,800
5	\$0 - \$61,360	\$61,361-\$76,700	\$76,701-\$92,040	\$92,041-\$107,380	\$107,381-\$122,720
6	\$0 - \$70,320	\$70,321-\$87,900	\$87,901-\$105,480	\$105,481-\$123,060	\$123,061-\$140,640
7	\$0 - \$79,280	\$79,281-\$99,100	\$99,101-\$118,920	\$118,921-\$138,740	\$138,741-\$158,560
8	\$0 - \$88,240	\$88,241-\$110,300	\$110,301-\$132,360	\$132,361-\$154,420	\$154,421-\$176,480
% de descuento que se otorga	100 %	80 %	60 %	40 %	20 %

\* Se trata de los familiares que viven con el paciente en el mismo hogar.

Actualizado en octubre de 2020

**Instituto Kennedy Krieger (KKI)**  
**Solicitud del programa de asistencia para el pago de gastos médicos**

<b>Fecha de la solicitud</b>			
<b>Información del solicitante</b>			
<b>Nombre completo</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>	
<b>Relación con el paciente</b>		<b>No. del seguro social</b>	
<b>Domicilio</b>			
<b>Correo electrónico</b>		<b>Número de teléfono</b>	
<b>Datos sobre el ingreso personal o familiar</b>			
<b>Ingreso anual</b>		<b>Ingreso mensual</b>	
<b>Si desea solicitar el subsidio por ingresos reducidos, indique lo que debe por gastos médicos</b>			
<b>Familiares que viven con el solicitante</b>			
<b>Nombre completo</b>	<b>Relación con el solicitante</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>¿Es paciente del KKI?</b>
			Sí    No
<b>Preguntas adicionales</b>			
<b>Sus respuestas nos permitirán identificar si reúne los requisitos para acogerse a otros programas asistenciales.</b>			
<b>¿Necesita el paciente los servicios médicos a causa de un accidente?</b> Si respondió que sí, indique el tipo de accidente y la fecha en que se produjo. _____		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>¿Necesita el paciente los servicios médicos porque ha sido víctima de un delito?</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>¿Tienen el paciente o el solicitante seguro médico?</b> Envíe una copia de los seguros.		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>¿Tiene el solicitante una cuenta de ahorros o una cuenta para gastos médicos o gastos flexibles mediante su empleador?</b> De ser así, cuánto tiene disponible para el año: _____		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>¿Han sido el solicitante o su cónyuge miembros de las fuerzas armadas estadounidenses?</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>¿Se ha solicitado Medicaid a nombre del paciente o del solicitante en los últimos 6 meses?</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>¿Están o estarán el paciente o el solicitante incapacitados para trabajar por una discapacidad física o intelectual?</b> De ser así, durante cuántos meses: _____		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>¿Se ha solicitado el subsidio de incapacidad (SSD) a nombre del paciente o del solicitante?</b> De ser así, en qué fecha se solicitó: _____		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>¿Recibe el paciente o el solicitante ayudas públicas</b> (p. ej. asistencia para la compra de alimentos)? De ser así, cuánto es el monto de la ayuda mensual: _____		<b>Sí</b>	<b>No</b>

*Actualizado en octubre de 2020*